

PETICION PARA DETENER UNA SANCION DE WELFARE TO WORK*

INSTRUCCIONES PARA EL CLIENTE: Su familia está recibiendo menos asistencia monetaria a causa de una sanción de *Welfare to Work*. Si quiere que se detenga su sanción, y es su primera sanción, usted puede completar este formulario y devolverlo inmediatamente a su trabajador de *Welfare to Work*.

Complete este formulario si ésta es la segunda vez o más que el condado le ha sancionado y usted quiere que se detenga su sanción. Devuelva este formulario a su trabajador de *Welfare to Work* no antes de 45 días a partir de la fecha que se encuentra en la sección titulada "Cómo volver a recibir asistencia monetaria" de la notificación de acción (NA 840) que se le mandó para informarle de que se le iba a sancionar.

En vez de completar este formulario y mandarlo a su trabajador de *Welfare to Work*, usted también puede llamar a su trabajador para decirle que usted quiere que se detenga su sanción. Si no sabe la dirección o el número de teléfono de su trabajador, llame al condado al: _____ .

PETICION PARA DETENER UNA SANCION DE WELFARE TO WORK

Para detener mi sanción, tengo que convenir en hacer lo que el condado dice en relación al cumplimiento de las reglas de *Welfare to Work*. Esto significa que tengo que llevar a cabo la actividad que esté asignada en el "Plan para detener una sanción de *Welfare To Work*", hasta por 30 días consecutivos a partir de la fecha en que firme el plan o por el tiempo asignado a la actividad, lo que sea más corto.

Para detener mi sanción, entiendo que el condado no puede pedirme que lleve a cabo una actividad por un tiempo que sea más largo que el tiempo asignado a la actividad que yo no cumplí, lo cual resultó en mi sanción.

También entiendo que si la actividad que el condado me pidió que llevara a cabo antes ya no está disponible o si ya no es apropiada para mí, tengo que llevar a cabo otras actividades para detener mi sanción.

NOMBRE (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE):		FIRMA:
NO. DEL CASO O NO. DE SEGURO SOCIAL:	NO. DE TELEFONO: ()	FECHA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE WELFARE TO WORK (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE):		

¿NECESITA ASESORAMIENTO LEGAL GRATUITO?

Usted puede recibir asesoramiento legal gratuito en relación a este asunto de los siguientes:

Organización de California para la Defensa de los Derechos Relacionados a la Asistencia Pública

Oficina local de asesoramiento legal

No. de teléfono: ()

No. de teléfono: ()